Aus der 1. chirurgischen Abteilung des städtischen Krankanhauses am Urban zu Berlin (Direktor: Geh. San.-Rat Prof. Dr. W. Körte)

# Ueber Beckenbrüche mit Verletzung von Blase und Harnröhre

## Auszug

aus der

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung der

**Medizinischen Doktorwürde**

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.**

Von

**Siegfried Bodeck**
Vol.-Assistent am städt. Krankenhaus am Urban

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 21. Februar 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

558

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. **Rubner**
R e f e r e n t e n : Prof. Dr. **Köhler.**
Prof. Dr. **Hildebrand.**

Die Beckenbrüche sind deshalb besonders wichtig, weil Verletzungen der Blase und Harnröhre oft als gefährliche Komplikation mit ihnen verbunden sind.

Zunächst werden die anatomischen Verhältnisse besprochen, um aus ihnen die klinischen Erscheinungen des Beckenbruchs mit Eröffnung der Harnwege abzuleiten. Besonders wichtig ist das Verhalten des Bauchfells: Die Blase ist am Scheitel, an Rück- und Seitenwand vom Bauchfell überzogen, Blasenboden und Vorderwand liegen extraperitoneal. Die Harnröhre hat einen Becken- und einen Dammanteil, die getrennt werden durch das zwischen den Schambogen ausgespannte Diaphragma urogenitale.

Dann wird der Mechanismus der häufigsten Bruchform, des (indirekten) Beckenringbiegungsbruches, beschrieben, bei dem der Bruch zumeist an den schwächsten Stellen des Ringes, im Bereich des Sitz- und Schambeins erfolgt, wobei die scharfen Fragmente in unmittelbarer Nähe von Blase und Harnröhre diese leicht verletzen. Die Folge sind Urininfiltration und Nekrose bei extraperitonealer, Peritonitis und Urinintoxikation bei intraperitonealer Verletzung. Bei der ersten Gruppe lassen sich zwei charakteristische Bilder unterscheiden: die perineale Infiltration bei Verletzung der Harnröhre dammwärts vom Diaphragma urogenitale, sich erstreckend auf Damm, Scrotum und die Innenseite der Oberschenkel, bei den Verletzungen der Harnröhre beckenwärts vom Trigonum und des extraperitonealen Blasenteiles die endopelvine Infiltration, die sich in dem die Blase umgebenden lockeren Bindegewebe, besonders dem des Cavum Retzii, ausbreitet.

Nach Erörterung der ohne Behandlung trostlosen Prognose wird auf die Therapie eingegangen, die nur eine chirurgische sein kann: Bei perinealer Harnröhrenruptur Urethrotomia externa, wenn möglich primäre Naht; bei großen Defekten erfolgt zunächst Urinableitung aus der Dammwunde, später durch Dauerkatheter, über dem sich die Lücke durch Granulation schließt; später erfolgt Bougiebehandlung. Bei den endopelvinen Verletzun-

gen der Harnröhre und der extraperitonealen Blasenwand müssen häufig Sectio alta und Urethrotomie miteinander kombiniert werden. Intraperitoneale Verletzungen erfordern Schluß der Wunde nach Laparatomie, Spülung und Drainage der Peritonealhöhle.

Zum Schluß werden 12 einschlägige Krankengeschichten mitgeteilt über Fälle, die auf der Abteilung von Herrn Geh. Rat Körte in den Jahren 1891—1920 (mit Ausnahme der Kriegsjahre) beobachtet sind. Die ersten 4 werden nur des statistischen Interesses halber mitgeteilt, die Patienten starben gleich nach der Einlieferung (2 Harnröhren-2 Blasenverletzungen).

Dann folgen 5 Harnröhrenverletzungen. Einmal wurde der Versuch einer konservativen Behandlung gemacht, die Urininfiltration konnte nicht verhindert werden und trotz ausgiebiger Inzisionen am 6. Tag erlag der Patient der Sepsis. Bei den anderen 4 Patienten wurden in 3 Fällen die Urethrotomie, im 4. Falle Urethrotomie und Sectio alta ausgeführt; 3 Heilungen, darunter einmal erst nach plastischem Schluß einer Harnfistel am Damm, der vierte Patient starb nach anfänglich günstigem Verlauf im Delirium tremens.

Zum Schluß 3 extraperitoneale Blasenverletzungen; es werden je einmal Sectio alta, Sectio alta und Urethrotomie und — wegen Verdachtes auf intraperitoneale Blasenruptur — die Laparatomie ausgeführt; in allen Folgen erfolgt Heilung, einmal erst nach mehrfacher Sequesterbildung am Sitzbein.

## Lebenslauf.

Ich, Karl Otto Siegfried Bodeck, wurde am 20. Juli 1894 zu Berlin geboren als Sohn des verstorbenen Magistratssekretärs Paul B. und seiner Ehefrau Amanda, geb. Geißler. Ich besuchte die Goetheschule zu Berlin-Wilmersdorf, die ich Ostern 1912 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um an der Berliner Universität Medizin zu studieren. Im Juli 1914 bestand ich hierselbst die ärztliche Vorprüfung. Von August 1914 bis Januar 1919 gehörte ich dem Heere an und zwar von 1916 ab als Feldunter- bezw. Feldhilfsarzt. Nach der Rückkehr setzte ich mein Studium an der Berliner Universität fort und beendete auch hier am 21. Mai 1920 die Staatsprüfung; vom gleichen Tage datiert meine Approbation als Arzt. Nachdem ich zunächst an einer Säuglingsfürsorgestelle und an einem Ambulatorium für Nervenkranke tätig war, gehöre ich seit dem 15. August 1920 dem Urbankrankenhause an.